

PIANO LISTE DI ATTESA



La situazione della Sanità oggi - Overview



Invecchiamento della popolazione

- **Nel 2050 la quota di persone over 65 ammonterà al 35,9% della popolazione italiana, con un rapporto tra giovani e anziani di 1 a 3**
- Si prevede un aumento preponderante di malattie cronic-degenerative
- Già oggi il 40% della popolazione è affetta da malattie con andamento ingravescente e progressivo aumento delle problematiche legate alla cronicità



Carenza di personale

- **Ad oggi mancano 20.500 medici e 63.000 infermieri**
- Gli stipendi degli infermieri sono pari a 1410 euro al mese, ben distanti dalla media europea pari a 1.900 euro al mese
- L'Italia detiene il primato dei medici nella fascia d'età 55-64 anni, con il 53,3% dei medici over 55 (valore OCSE pari al 34%)



Arretratezza delle strutture

- **Il 60% delle strutture ospedaliere ha più di 40 anni e la metà è di dimensioni troppo piccole**
- Il numero di posti letto per 1.000 abitanti negli ospedali ha registrato una progressiva diminuzione dal 1998 al 2018: da 5,8 a 3,2 (media europea pari a 5)
- Nella classifica dell'indice di digitalizzazione UE, la sanità italiana è al 25° posto su 28 Stati membri



Finanziamento del SSN insufficiente

- **Nel 2024 la quota di finanziamento della sanità in rapporto al PIL sarà pari al 6,4%** (minore rispetto alla quota pre-covid), dopo che nel 2020 aveva raggiunto il 7,4%
- Nel 2021 la spesa pubblica pro-capite in sanità è pari a € 2.856, molto minore rispetto a Germania (€ 5.944), Francia (€ 4.355) e media OCSE (€ 3.771)

I tempi di attesa possono arrivare a 24 mesi

I tempi di attesa per le principali prestazioni arrivano ad avere un **ritardo dai 3 ai 24 mesi**.



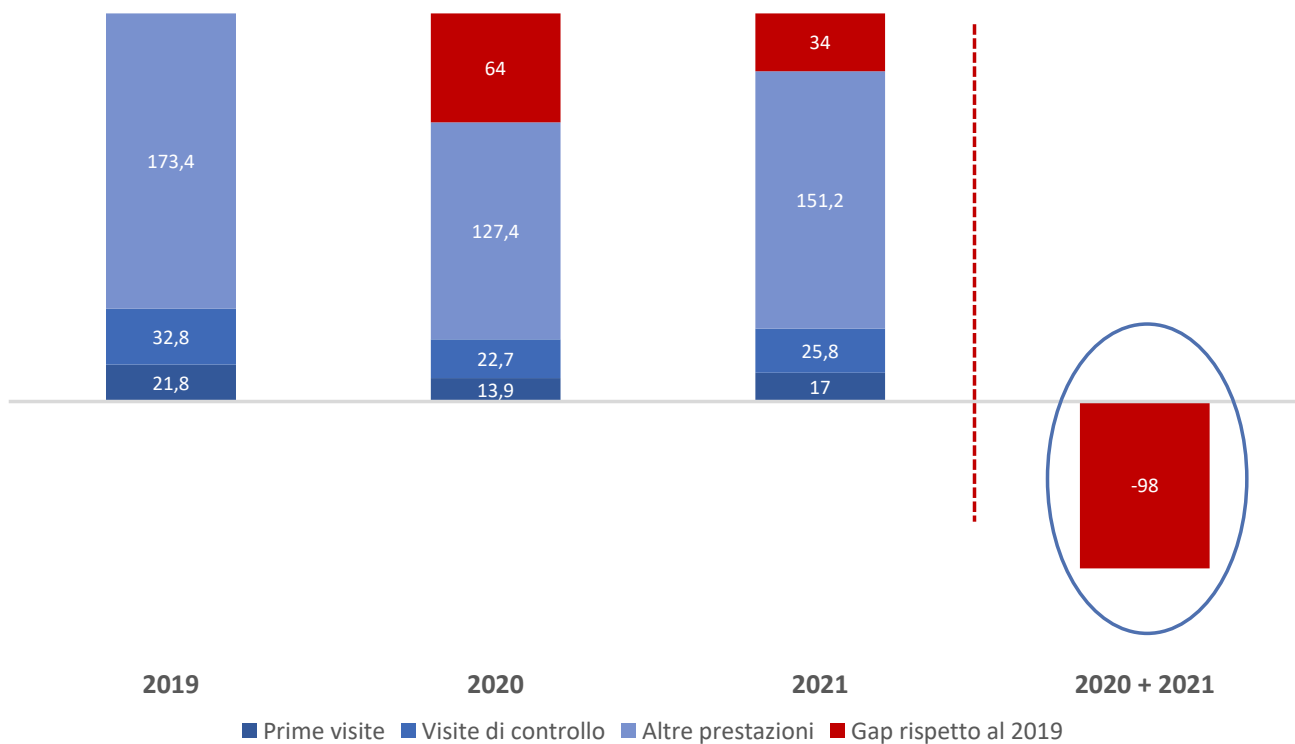
Prestazioni	Tempi massimi in mesi (2021)
Mammografia	24
Ecografia	13
Tac	12
Risonanza Magnetica	6
Colonscopia	3
Visita diabetologica	12
Visita endocrinologica	10
Visita ginecologica	4
Visita cardiologica	2

Fonte: Rapporto Civico sulla salute 2022 - Cittadinanzattiva

Le prestazioni in arretrato sono 98 milioni

Ci sono circa **98 milioni di prestazioni in arretrato** rispetto al 2019, di cui 13 milioni di prime visite e 17 milioni di visite di controllo (*fonte: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali - AGENAS*)

Prestazioni di specialistica ambulatoriale
(in milioni)



Di cui:

- 13 milioni di prime visite
- 17 milioni di visite di controllo
- 68 milioni di ulteriori prestazioni (inclusi gli accertamenti diagnostici)

I ritardi danneggiano la salute e comportano maggiori costi

- Il rallentamento delle attività di screening e di diagnostica causate dalla pandemia hanno provocato **un calo delle nuove diagnosi e la scoperta di malattie in stato più avanzato**
- **La maggior parte delle patologie sono più facilmente curabili se diagnosticate in tempo**, mentre diventano più complesse da trattare se scoperte in ritardo, **con conseguente peggioramento delle condizioni di salute del paziente e aumento dei costi di trattamento**



- Per una visita diabetologica le attese registrate arrivano fino a un anno*
- Un paziente diabetico adeguatamente trattato e con costanti follow up costa al Ssn circa 800 euro l'anno*
- Un diabetico scompensato o con diagnosi tardiva può arrivare a costare fino a 36mila euro l'anno*

(fonte: Centro Studi Federfarma)



Focus: la diagnosi di cancro

- A causa della pandemia non sono stati effettuati circa 2,5 milioni di screening oncologici che si stima individueranno circa 14.700 nuovi tumori
- Il costo per patologie oncologiche rappresenta oltre il 20% della spesa sanitaria complessiva *(fonte life1)*

Di cui:

- 3.300 carcinomi mammari
- 2.700 lesioni cervicali
- 1.300 carcinomi colon-rettali
- 7.400 adenomi avanzati

(fonte: I numeri del cancro)



Un singolo trattamento sanitario con i farmaci innovativi costa tra i 150.000 e i 200.000 euro

(fonte: CONFAPI)



Se fosse necessario utilizzare i trattamenti più avanzati su tutti i nuovi pazienti, il costo sarebbe di circa 2,9 miliardi.

Le nostre proposte di breve medio e lungo periodo

Aumentare l'offerta di prestazioni nel breve periodo

1. **Sovvenzionare l'utilizzo dell'intramoenia** per smaltire le liste di attesa per le visite ambulatoriali
2. **Affidare alle strutture accreditate gli esami diagnostici** che il pubblico non riesce ad effettuare entro 60 giorni
3. **Riorganizzare il processo:** le visite svolte in intramoenia e presso le strutture accreditate per i ritardi delle strutture pubbliche devono essere pagate direttamente dalla ASL senza che i pazienti anticipino le spese e il centro di prenotazione deve essere unico.

Aumentare l'offerta di prestazioni nel medio/lungo periodo

1. **Potenziare l'organico delle strutture sanitarie** (almeno 20.500 medici e 63.000 infermieri)
2. **Sviluppare la telemedicina**

Ridurre la domanda di cure ospedaliere nel medio/lungo periodo

1. **Potenziare la medicina territoriale**
2. **Potenziare le attività di prevenzione**

I nostri emendamenti al Decreto Milleproroghe già approvati

1

Prorogata fino al 2023 la possibilità di **reclutamento dei medici specializzandi nelle strutture sanitarie**

2

Prorogata fino al 2025 la **possibilità dell'esercizio provvisorio in Italia per chi ha conseguito qualifiche professionali sanitarie all'estero** tramite riconoscimento semplificato

3

Prorogata fino al 2025 la **possibilità per gli infermieri di operare anche in extramoenia**, incrementando da 4 ad 8 il limite di ore settimanali.

4

Prorogata fino al 2025 la **possibilità per le strutture sanitarie di poter fare affidamento sugli specializzandi e sul personale estero con titolo equipollente per le attività di extramoenia**

Aumentare l'offerta di prestazioni nel breve periodo



1. Sovvenzionare l'utilizzo dell'intramoenia per recuperare le visite

COS'È L'INTRAMOENIA

Prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale:

- utilizzando le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale
- dietro pagamento da parte del paziente di una tariffa
- con la possibilità di scelta del medico da parte del paziente

CRITICITÀ

- **Solo il 43% dei medici con rapporto esclusivo ha esercitato la libera professione intramuraria** (intramoenia) nel 2020 (fonte: Ministero della Salute)
- Non tutte le aziende ospedaliere mettono a disposizione spazi ambulatoriali per l'intramoenia
- Per i medici che esercitano in extramoenia è vietato esercitare anche in intramoenia
- I medici percepiscono, al netto delle tasse, una quota ridotta della tariffa pagata dal paziente



Su 100 euro di tariffa media per una visita in intramoenia:

- 40 euro sono ripartiti tra la struttura e il personale
- 60 euro sono il ricavo lordo del medico

Il ricavo netto del medico per una prestazione da 100 euro, considerando un'aliquota fiscale del 47%, è pari a **circa 32 euro**

ESEMPIO

1. Sovvenzionare l'utilizzo dell'intramoenia per recuperare le visite

COSA PROPONIAMO

- **Recuperare il ritardo sulle liste di attesa sfruttando l'intramoenia**, con un regime particolare:

1. I pazienti che non vengono visitati entro i tempi massimi previsti per legge (30 giorni) possono richiedere la visita in intramoenia
2. I **pazienti pagano il solo ticket** ma non possono scegliere il medico che effettuerà la visita (per non creare imbuti)
3. Il medico effettua la visita dietro il pagamento di **una tariffa stabilita per legge**, pagata in parte dal paziente tramite il ticket (ove previsto) e per la parte restante dal pubblico
4. La tariffa pagata al medico deve essere **esentasse**



Su 100 euro di tariffa:

- *40 euro sono ripartiti tra la struttura e il personale*
- *60 euro sono il ricavo del medico **su cui non paga le tasse***

ESEMPIO

- **Garantire in ogni azienda ospedaliera spazi dedicati all'intramoenia**
- **Consentire per un anno di esercitare in intramoenia anche ai medici che nell'ultimo anno hanno esercitato in extramoenia**, esclusivamente per l'abbattimento delle liste di attesa

Questa proposta, oltre a consentire di effettuare un numero di visite ambulatoriali maggiori, produce un aumento del reddito dei medici (il cui salario è tra i più bassi in Europa, cfr. slide 20) e la possibilità per i giovani medici di farsi conoscere da un numero più ampio di pazienti

2. Affidare alle strutture accreditate gli esami diagnostici

COME FUNZIONANO LE STRUTTURE ACCREDITATE

- Le strutture accreditate ricevono ogni anno dalle regioni circa 3 miliardi di euro per l'esecuzione di prestazioni sanitarie in vece del pubblico (*fonte: Anaao*)
- Ogni regione stabilisce il tetto massimo di prestazioni da poter effettuare in accreditamento e fissa **la quota massima di finanziamenti da spendere annualmente per le strutture accreditate** che svolgono attività per conto del pubblico
- **Superata tale quota, le strutture accreditate possono operare esclusivamente come privati e quindi non possono contribuire allo smaltimento delle liste di attesa.**

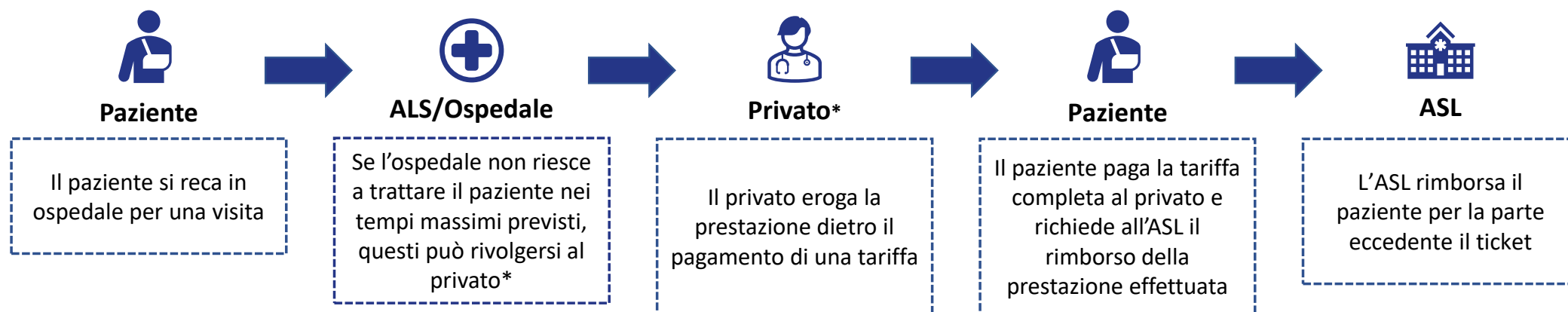
COSA PROPONIAMO

- **Affidamento alle strutture accreditate di tutte le prestazioni che il pubblico non riesce ad erogare nei tempi previsti** (60 giorni). Questa redistribuzione delle visite consentirebbe anche di ridurre i tempi di attesa per l'elaborazione dei referti.
- **Aumento del fondo a disposizione delle regioni per la spesa annua in strutture accreditate** (circa 8 miliardi, cfr. slide 15)

3. Riorganizzare il processo

CRITICITÀ

- In alcune regioni il sistema di prenotazione è frammentato a livello di singola azienda sanitaria o struttura. Questo crea inefficienza allocativa e disagi ai pazienti
- È attualmente previsto che, qualora i tempi di attesa superino i tempi massimi previsti dalla legge (30/60 giorni), il **paziente possa chiedere che la prestazione venga fornita da un privato accreditato o da medici che forniscono prestazioni in intramoenia**. Tuttavia, le ASL non pubblicizzano tale opportunità in modo adeguato e i pazienti devono anticipare il costo della prestazione privata che viene rimborsato solo successivamente dalla ASL.

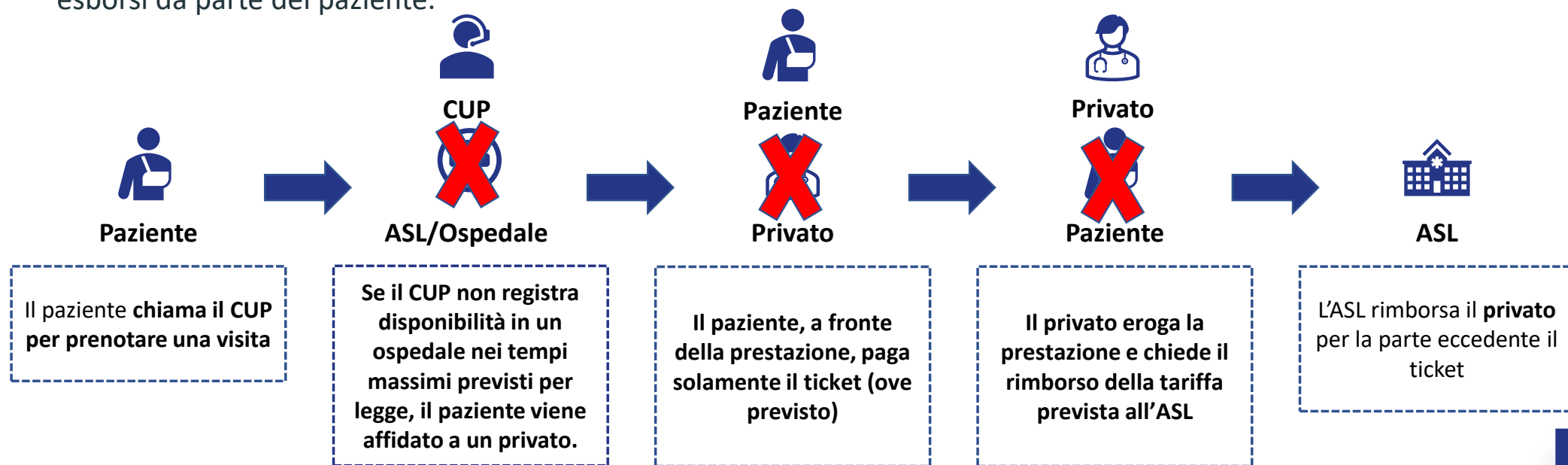


* Per privato si intende una struttura accreditata o un medico che eroga prestazioni in intramoenia

3. Riorganizzare il processo

COSA PROPONIAMO

- **Prevedere un solo Centro Unico di Prenotazione (CUP) per aree omogenee** (ad es. regioni o province) che si occupi di smistare i pazienti tra le strutture pubbliche e le strutture accreditate
- **Rendere effettiva la pubblicazione sul sito del Ministero della Salute della ricezione da parte delle regioni delle disposizione del PNGLA**, nonché i risultati dei monitoraggi effettuati dall'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa
- Prevedere che se gli ospedali pubblici non riescono a garantire la visita nei tempi massimi previsti dalla legge (30/60 giorni), **il paziente possa recarsi in una struttura privata accreditata, o svolgere la visita in intramoenia, pagando solo il ticket** (ove previsto). La tariffa al privato deve essere pagata direttamente dalla ASL di competenza senza esborsi da parte del paziente.



Recuperare il ritardo sulle liste di attesa costa 9,8 miliardi

1. Sovvenzionare l'utilizzo dell'intramoenia per recuperare le visite

Tariffa media delle visite intramoenia (A)	€ 100
Costo medio ticket (B)	€ 35
Tariffa netta media (in capo al SSN) ($C = A - B$)	€ 65
Numero di prime visite e visite di controllo in ritardo (D)	30 milioni
Costo stimato per recupero prime visite e visite di controllo ($E = C * D$)	€ 2 miliardi

2. Affidare alle strutture accreditate gli esami diagnostici

Tariffa media delle prestazioni specialistiche (A)	€ 150
Costo medio ticket (B)	€ 35
Tariffa netta media (in capo al SSN) ($C = A - B$)	€ 115
Numero di prestazioni specialistiche in ritardo (stima per eccesso) (D)	68 milioni
Costo stimato per recupero prestazioni specialistiche ($E = C * D$)	€ 7,8 miliardi

TOTALE MISURE

€ 9,8 miliardi

Le coperture



€ 5 mld

Risparmi di spesa relativi agli stanziamenti di bilancio previsti per gli interventi contro il caro-energia nel primo trimestre 2023 (dovuti sia alla sovrastima iniziale che al diminuire del prezzo del gas)



€ 2 mld

Maggiore disponibilità di bilancio derivante dalla maggior crescita prevista dai principali previsori internazionali (circa 1%) rispetto alla stima contenuta nella Nedef (0,6%)



€ 4 mld

Minor impatto sull'indebitamento netto 2023 a causa della pronuncia Istat/Eurostat sulla contabilizzazione dei crediti di imposta edilizi

Le liste di attesa possono essere smaltite entro 1 anno

1. Prime visite e visite di controllo

I 30 milioni di visite in arretrato possono essere smaltite entro un anno se, grazie agli incentivi e alla modifica del processo la metà dei medici del SSN che attualmente non effettua visite intramoenia dedica 4 ore a settimana a questa attività



Numero totale di medici che attualmente non effettuano prestazioni in intramoenia	75.000
Numero di medici in più che effettueranno visite in intramoenia	41.500
Numero di visite in un'ora	4
Numero di ore settimanali	4
Numero di settimane lavorative	45
<hr/>	
Numero totale di prestazioni erogate in un anno	30 milioni

2. Prestazioni diagnostiche e altre prestazioni

Le 68 milioni di visite diagnostiche e altre prestazioni in arretrato possono essere smaltite entro 1 anno se ogni struttura accreditata smaltisse 45 visite in lista di attesa ogni giorno.



Prestazioni in arretrato	68 milioni
Numero di giorni lavorativi	250
Numero di centri accreditati in Italia	5.800
<hr/>	
Numero di visite al giorno necessarie per smaltire le liste di attesa in 1 anno	47

Aumentare l'offerta di prestazioni nel medio/lungo periodo (3-5 anni)



1. Potenziare l'organico delle strutture sanitarie

CRITICITÀ 1 – Mancanza di specialisti

- Attualmente mancano circa **20.500 medici** (di cui 6.000 medici di medicina generale e 14.500 medici ospedalieri)

(fonte: Federazione CIMO-FESMED)

- Si stima che **il gap complessivo di medici non sarà colmato prima di 6 anni**, considerando:



- la carenza attuale (circa 14.500);
- i medici che andranno in pensione (circa 32.900)
- i medici che confluiranno nel SSN al termine della scuola di specializzazione (circa 49.010)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	TOT
Medici in pensione (A)	/	4.700	4.700	4.700	4.700	4.700	4.700	4.700	32.900
Posti banditi 5 anni prima (B)	/	6.105	6.200	8.000	14.455	17.400	14.378	14.378*	80.916
Numero di borse assegnate (C)	/	5.465*	5.550*	7.161*	12.764	16.100	12.610	12.610*	72.259
Medici che finiscono la specializzazione (D)	/	4.978*	5.056*	6.524*	11.628*	14.667*	11.488*	11.488*	65.828
- Di cui rimangono nel SSN (E)	/	3.825*	3.885*	5.013*	8.935*	11.270*	8.041*	8.041*	49.010
- Di cui escono dal SSN (F)	/	1.639*	1.665*	2.148*	3.829*	4.830*	4.569*	4.569*	23.249
Flusso netto nel SSN (G = D-A)	/	-875*	-815*	313*	4.235*	6.570*	3.341*	3.341*	16.110
Fabbisogno complessivo (anno precedente + G)	-14.500	-15.375	-16.190	-15.877	-11.642	-5.072	-1.731	+ 1.610	/

* Stime effettuate tenendo conto del numero di medici in pensione nei prossimi dieci anni pari a 47.284 (fonte: FIMMG – ANAAO), del dato medio di abbandono delle scuole di specializzazione pari all'8,9% (fonte: ALS) e del dato medio di medici che confluiscono nel SSN dopo la specializzazione pari al 70% (fonte: ANAAO)

- Per alcune specializzazioni il problema del gap di medici persisterà e peggiorerà nei prossimi anni in quanto il numero di borse di specializzazione assegnate è molto inferiore al totale delle borse disponibili, in alcuni casi meno della metà (es: microbiologia e virologia, medicina di emergenza-urgenza, radioterapia, medicina e cure palliative).
- Il numero di posti messi a bando viene concordato annualmente tra ministero, regioni e università in base ai finanziamenti disponibili e all'andamento storico, e **non in base al fabbisogno futuro stimato di specialisti** (ad es. medici di pronto soccorso, geriatri)

1. Potenziare l'organico delle strutture sanitarie

CRITICITÀ 2 – Il SSN è poco attraente

- Secondo i dati OCSE gli stipendi dei medici italiani (in media pari a € 104.000), sono di poco inferiori a quelli di Spagna e Francia e di circa il 40% inferiori a quelli tedeschi
- 
- The bar chart, titled 'Salario medio medici a parità di potere di acquisto', compares average doctor salaries across eight European countries. The y-axis represents salary in Euros, ranging from 0 to 200,000. The x-axis lists the countries: Grecia, Svezia, Italia, Spagna, Francia, Belgio, Regno Unito, and Germania. Italy's salary is highlighted in red and is the lowest among the countries shown, with a red arrow pointing down to it. Germany has the highest salary, followed by the UK, Belgium, France, Spain, and Greece.
- | Paese | Salario medio (€) |
|-------------|-------------------|
| Grecia | ~55.000 |
| Svezia | ~100.000 |
| Italia | ~104.000 |
| Spagna | ~105.000 |
| Francia | ~110.000 |
| Belgio | ~130.000 |
| Regno Unito | ~145.000 |
| Germania | ~175.000 |
- Nel 2021 circa 3.000 medici ospedalieri (pari al 2,9% del totale) hanno abbandonato gli ospedali pubblici per proseguire la propria attività altrove (privato o estero) (fonte ANAAO)
 - I rischi legali connessi all'attività medica scoraggiano le vocazioni professionali e provocano il fenomeno della medicina difensiva:
 - L'Italia ha fatto registrare la più alta percentuale di cause legali in Europa per condotta medica non professionale (fonte Sole 24 Ore)
 - Ogni anno vengono intentate 35mila nuove azioni legali contro professionisti sanitari ma il 95% dei procedimenti penali si conclude con un proscioglimento (fonte: Consulcesi)
 - Solo in Italia, in Messico e in Polonia continua ad esistere la responsabilità penale dei medici

1. Potenziare l'organico delle strutture sanitarie

CRITICITÀ 3 – Limitazioni al budget e medici a gettone

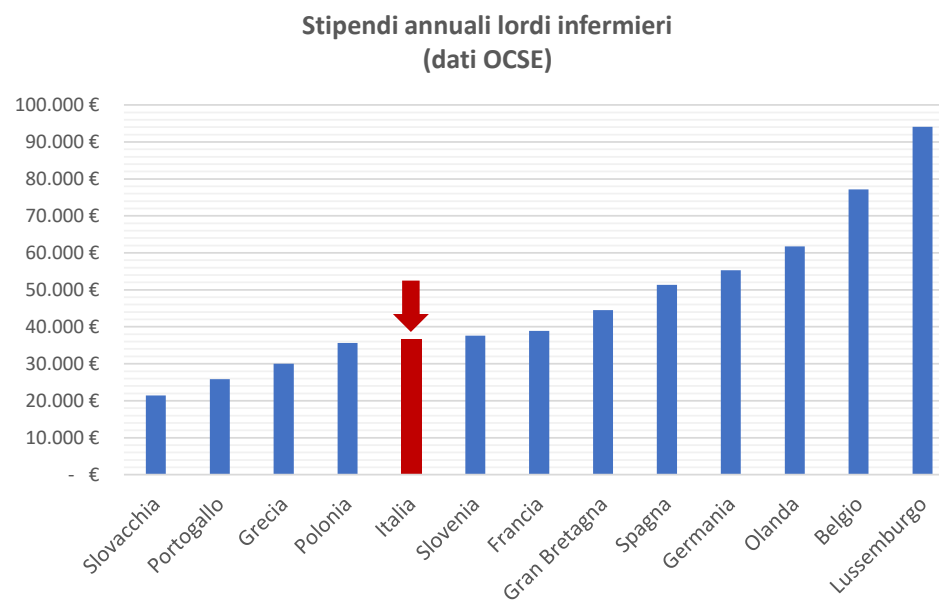
- La carenza di medici è causata, oltre ad un'offerta limitata anche da limitazioni di spesa che ne limitano la domanda.
- La legge finanziaria per il 2007 ha previsto che la spesa per il personale sanitario non possa superare il valore del 2004 diminuito dell'1,4%*. Questa disposizione ha provocato il blocco delle nuove assunzioni per le regioni, con regimi ancora più stringenti per le regioni sottoposte a piano di rientro.
- Per sopperire alla mancanza di personale le Aziende sanitarie stanno facendo ricorso ai cd. «medici a gettone», che non figurano a bilancio come «spesa per il personale» ma come «spesa per beni e servizi»
- I medici a gettone sono aumentati notevolmente nel periodo post pandemico (ad es. in Piemonte sono decuplicati)
- Il sistema dei «medici a gettone» è una formula organizzativa non adeguata, sia sotto il profilo economico-finanziario, sia della qualità del servizio reso:
 - secondo alcune stime, il costo dei gettonisti varia dai 150 ai 250 euro/ora, contro i 45 euro/ora di dei medici dipendenti
 - i gettonisti possono essere non specialisti, avere qualsiasi età e non è detto che siano competenti in una determinata materia (non essendo richiesta la specializzazione)

*Nota: il Decreto Calabria ha aggiornato tale soglia limitando la spesa massima al valore della spesa sanitaria del 2018

1. Potenziare l'organico delle strutture sanitarie

CRITICITÀ 4 – Mancanza di infermieri

- Attualmente mancano circa 63.000 infermieri (fonte: FNOPI)
- Si stima che nei prossimi anni il gap di infermieri diminuirà di circa 2.000 unità l'anno (8.500 pensioni e 10.500 nuovi laureati in infermieristica), un ritmo troppo basso per colmare il divario esistente
- Ogni anno circa 10.000 studenti che provano il test di ingresso alla facoltà di infermieristica non riescono ad entrare
- **Lo stipendio medio netto di un infermiere che lavora nel pubblico in Italia è di 1.410 euro al mese, mentre in Germania e Regno Unito lo stipendio medio è di circa 2.500 euro, e la media europea è di 1.900 euro (fonte: FNOPI)**



1. Potenziare l'organico delle strutture sanitarie

COSA PROPONIAMO

Potenziare il personale sanitario:

- **Vietare il ricorso ai c.d. «medici a gettone» e varare un piano straordinario di assunzioni**, aumentando il tetto di spesa per il personale sanitario
- **Programmare il numero di posti nelle scuole di specializzazione medica sulla base del fabbisogno presente e futuro e non sulla base dell'andamento storico** (es: con l'aumento della popolazione anziana sarà necessario prevedere un maggior numero di geriatri).
- **Aumentare il numero di iscrizioni alla facoltà di infermieristica da circa 18.000 a 27.500 l'anno** al fine di colmare entro 10 anni il gap di infermieri mancanti.

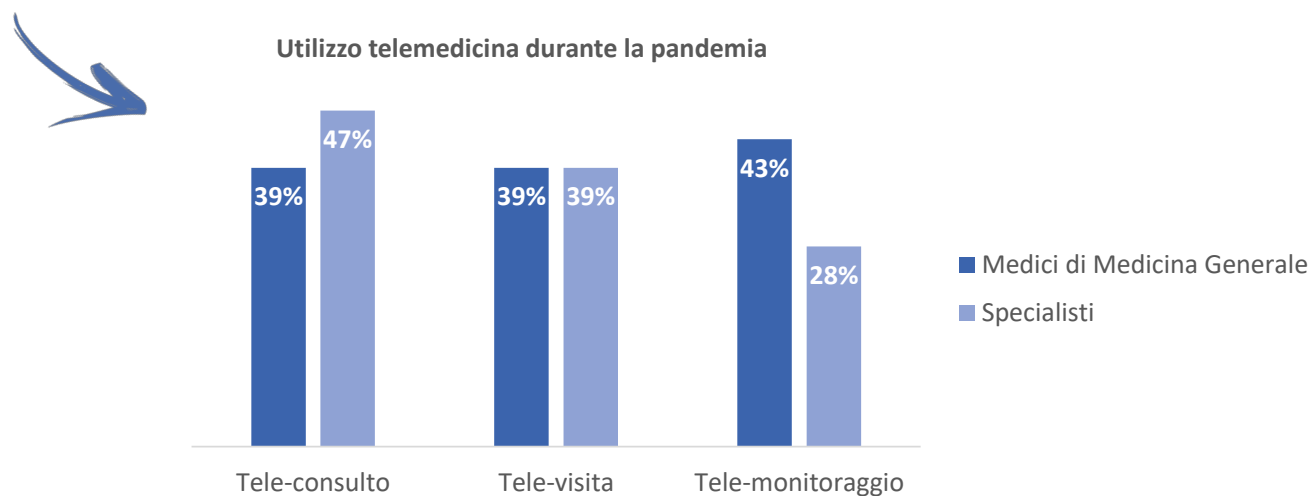
Rendere più attrattivo il SSN:

- **Aumentare la retribuzione di medici e infermieri** prevista nei relativi CCNL per allinearle almeno alla media europea **al fine di riattrarre negli ospedali i medici e gli infermieri che lavorano nel privato o all'estero**, colmando così più velocemente il gap
- **Prevedere un fondo nazionale per finanziare le spese legali** dei medici durante il processo:
 - Nei casi di assoluzione (il 95%) queste spese sarebbero rimborsate dalla controparte
 - Nei restanti casi, il medico giudicato colpevole in via definitiva sarà tenuto al risarcimento delle spese legali nei confronti dello Stato
- **Depenalizzare la responsabilità medica**, mantenendo la sola responsabilità civile per il risarcimento danni in favore dei pazienti vittime di errori medici

2. Sviluppare la telemedicina

LA SITUAZIONE OGGI

- **Il PNRR stanziava un miliardo di euro** esclusivamente per lo sviluppo della telemedicina, con l'obiettivo di:
 - Avere almeno 600 strutture operative funzionanti a giugno 2024 (1 ogni 100.000 abitanti)
 - Assistere almeno 200.000 persone con strumenti di telemedicina entro dicembre 2025
 - Aumentare di almeno 800 000 unità entro il 2026 il numero di persone di età superiore ai 65 anni che ricevono assistenza domiciliare
- Prima della pandemia il livello di utilizzo della telemedicina superava di poco il 10%, **durante l'emergenza ha superato il 30% per molte applicazioni**
- **Il servizio di Telemedicina più utilizzato è il Tele-consulto con medici specialisti**, che raccoglie l'interesse per il futuro di 8 medici su 10. Seguono, in termini di utilizzo durante l'emergenza, la Tele-visita e il Tele-monitoraggio (fonte: Cittadinanzattiva)



2. Sviluppare la telemedicina

COSA PROPONIAMO

- **Garantire la messa a terra dei fondi PNRR per lo sviluppo della telemedicina**
 - Effettuare il monitoraggio delle varie fasi di implementazione della misura, a partire dalla presentazione di almeno un progetto pilota per regione entro dicembre 2023.
 - Intervenire centralmente con poteri sostitutivi nel caso in cui si dovessero verificare rallentamenti nella messa a terra della misure
- **Potenziare le iniziative di formazione sull'utilizzo della telemedicina che deve diventare diffuso tra i medici, gli operatori e i pazienti.** Il PNRR attualmente prevede la formazione di un numero limitato di operatori “addetti ai lavori”.
- **Centralizzare la diagnostica e implementare la tele-patologia e la tele-radiologia** al fine di sviluppare delle reti coordinate dei servizi di radiologia, anatomia patologica e laboratorio che forniscano, con una logistica h24, una diagnostica specialistica particolarmente in ambito oncologico, trapiantologico e pediatrico.

Ridurre la domanda di cure ospedaliere nel medio/lungo periodo



1. Potenziare la medicina ospedaliera e territoriale

Ambito	Criticità	Proposte
<p>Ridurre le prestazioni non necessarie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le prestazioni aggiuntive indotte dalla medicina difensiva (erogate dai medici per prevenire il rischio di denunce legali da parte dei pazienti) generano un incremento artificiale della spesa sanitaria Almeno il 20% degli accertamenti prescritti nella sanità italiana è superfluo, per un costo totale di circa 10,5 miliardi di euro (<i>fonte: Open, Ministero della Salute</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> Valorizzare i medici recentemente pensionati e di riconosciuta professionalità, affiancandoli ai medici neo-assunti e ai medici di medicina generale per migliorare la diagnostica di primo livello Realizzare delle linee guida per l'abbattimento delle prestazioni superflue sul modello delle raccomandazioni del progetto «Choosing Wisely» Adozione di un sistema di verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni tramite elaborazione l'incrocio dei dati relativi al monitoraggio dei tempi di attesa e i fascicoli sanitari elettronici
<p>Assistenza territoriale primaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> È necessaria una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova attività di prevenzione e promozione della salute e di garanzia della continuità delle cure Sono presenti forti barriere di accesso alle cure per le persone più fragili, attribuibili ad importanti diseguaglianze geografiche e sociali 	<ul style="list-style-type: none"> Dare piena attuazione al DM 70/2015 relativo all'assistenza ospedaliera ed al DM 77/2022 relativo all'assistenza territoriale Realizzazione di un piano straordinario di ammodernamento strutturale e tecnologico per strutture sanitarie funzionali e sicure Investimenti sull'assistenza residenziale e domiciliare per la popolazione fragile, su nuovi modelli di Farmacie di comunità
<p>Sviluppo della medicina territoriale</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il percorso di Medicina Generale attualmente non è equiparata alle altre specializzazioni mediche Manca una sistematica modalità di cooperazione tra Medicina Territoriale ed Ospedaliera La figura del medico di medicina generale non è sufficientemente incentivata, soprattutto per quanto riguarda il profilo imprenditoriale Gli attuali percorsi di formazione dei MMG non sono adeguati, essendo privi di standardizzazioni e di controlli qualitativi 	<ul style="list-style-type: none"> Revisione del corso di formazione in Medicina Generale, equiparandolo agli altri percorsi specialistici universitari Incentivazione delle aggregazioni professionali Riforma dei modelli organizzativi della Medicina Generale Incremento degli incentivi fiscali per le farmacie rurali

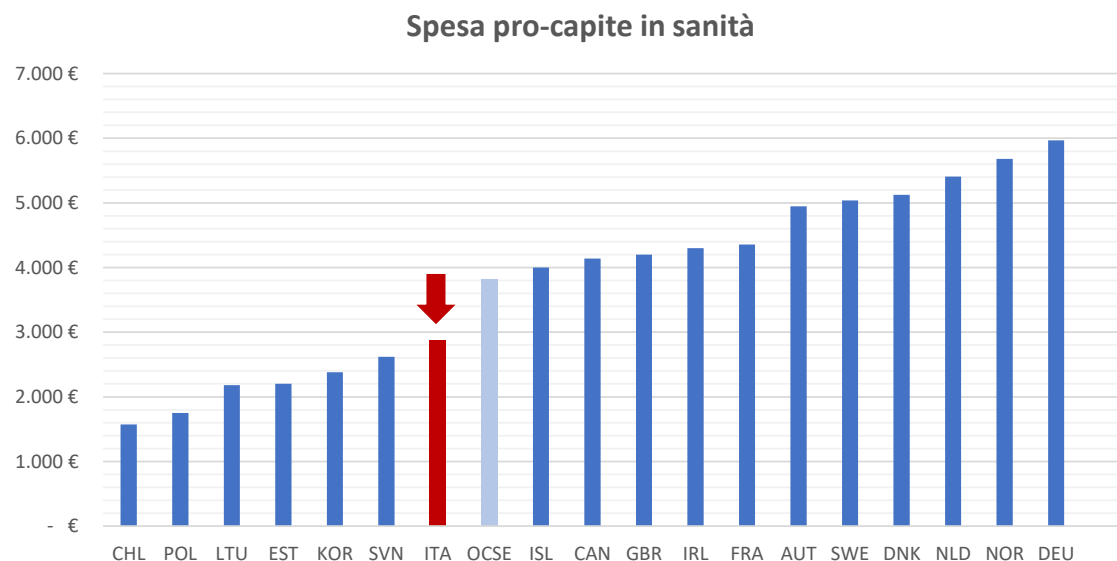
2. Potenziare le attività di prevenzione

Ambito	Criticità	Proposte
<p>Programmi di prevenzione nazionale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ L'obiettivo primario del SSN deve essere la tutela della salute della popolazione e non la cura della malattia ▪ Manca una strategia nazionale di prevenzione ▪ Non c'è un lavoro di stretta collaborazione tra MMG e specialisti di settore 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulazione di programmi di prevenzione inseriti all'interno di strategie nazionali ▪ Attuazione di programmi di cultura scientifica di base in nelle scuole ▪ Incrementare l'utilizzo di nuovi strumenti all'interno dei programmi di prevenzione e promozione della salute ▪ Introduzione di consulenti medici nelle scuole per la promozione e tutela della salute degli studenti
<p>Ambiente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sul tema ambientale e sanitario, manca un coordinamento tra ministeri, istituti e agenzie tecnico-scientifiche 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creazione di sistemi di sorveglianza integrata, seguendo un approccio One Health ▪ Creazione di un'Agenzia Nazionale per la prevenzione e la preparedness ▪ Rendere pienamente esecutive le attribuzioni del "Sistema nazionale di prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici" recentemente istituito con il decreto PNRR 2
<p>Unione Europea</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In un mondo globalizzato, manca un coordinamento sovrastatale per quanto riguarda l'ambito sanitario e ambientale ▪ L'UE è priva di competenze in materia di Sanità Pubblica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevedere, nel medio termine, una più adeguata competenza sovrastatale in materia di Sanità Pubblica ▪ Determinare immediatamente la promozione, da parte dell'Italia nell'ambito dell'UE, di una cooperazione rafforzata al fine di garantire effettivi poteri di intervento rapido

Finanziamento delle proposte di lungo periodo

Il finanziamento delle misure di lungo periodo deve avvenire attraverso un aumento della spesa in sanità:

- La spesa italiana in sanità in rapporto al PIL è circa un punto percentuale in meno rispetto alla media europea
- Nel 2021 la spesa pubblica pro-capite in sanità è pari a € 2.867, molto minore rispetto a Germania (€ 5.969), Francia (€ 4.354) e media OCSE (€ 3.818) *(fonte: OCSE)*



Adeguando il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale al livello degli altri Paesi UE, si avrebbero a disposizione almeno 21 miliardi di euro in più ogni anno